

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANOMALIES DE LA DILATATION
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

◆ ★ ◆

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Juillet 1925

PAR

Maurice-Armel-Henri-Paul RIBON

Né à ROUILLAC (Charente), le 19 mars 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1925



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANOMALIES DE LA DILATATION
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Juillet 1925

PAR

Maurice-Armel-Henri-Paul RIBON

Né à ROUILLAC (Charente), le 19 mars 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmacologique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMEN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY.
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	N.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie CHARRIER. || Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie | LOUBAT. |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle | GOURDON. |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE — A MA MÈRE

Bien faible témoignage d'une affection
sans borne et d'une reconnaissance infinie.

MEIS ET AMICIS

AU DOCTEUR MANON

Envers qui nous avons contracté une dette
de reconnaissance infinie pour l'intérêt bien-
veillant qu'il nous a toujours témoigné.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARTHE

*Professeur de toxicologie et d'hygiène appliquée,
Pharmacien en chef des Hôpitaux de Bordeaux,
Docteur ès sciences,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

Hommage respectueux de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner,
en vous offrant cette œuvre qui est aussi la
vôtre, toute notre gratitude pour tous les
conseils que vous nous avez spontanément
prodigués.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

Stage (1919-1921).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR VENOT (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER

Externat (1921-1925).

MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHELEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

Hommage de profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAÎTRE,

Veuillez accepter l'hommage de ce modeste travail, vous dont les cliniques éclairées ont dirigé nos premiers pas vers l'obstétrique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANOMALIES DE LA DILATATION

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

Les anomalies de la dilatation du col utérin constituent un trop gros chapitre pour être traitées dans leur ensemble. Aussi avons-nous écarté de notre étude tous les cas dans lesquels les anomalies trouvent leur véritable cause dans un état pathologique du col lui-même, nous voulons parler des cas de cancer, de syphilis, de tuberculose du col, ainsi que tous ceux où la dystocie est liée à une malformation très sensible du bassin. Tous ces états ont été étudiés en détail et ont fait d'ailleurs l'objet de nombreux travaux.

Nous avons limité notre étude aux dilatations devenues stationnaires sans causes apparentes, c'est-à-dire, survenant chez des femmes dont le col est sain, du moins en apparence, en dehors de tout obstacle osseux et de toute tumeur pelvienne.

Les diverses causes de ces genres d'anomalies ont toujours été étudiées pour elles-mêmes, et jusqu'à ces dernières années

il existe peu de travaux donnant une vue d'ensemble sur le sujet que nous nous proposons d'étudier.

Gueissaz rapporte que Krönig, en 1905, le premier d'après Baisch, aurait relevé le fait que « la mort de l'enfant pendant l'accouchement est due, deux fois plus souvent, aux anomalies des parties molles maternelles qu'aux anomalies du bassin ». A l'appui de cette constatation il a trouvé que sur 3.133 accouchements il y a eu 113 cas où la mort du fœtus est survenue pendant l'accouchement; sur ces 113 cas, 40 fois la mort a été due à des accouchements de longue durée, par anomalie des parties molles; placenta prævia et anomalies du bassin sont responsables des autres cas de mort.

Gueissaz, dans son rapport, publie une étude statistique allant de 1908 à 1922. Sur 10.000 accouchements qui se sont faits à la Maternité de Lausanne, 370 enfants sont mort-nés; sur ces 370 cas il y a 120 cas où la mort a été due à une longue durée du travail.

Récemment, Couvelaire, dans ses leçons cliniques, et Ballard, dans une leçon faite le 12 novembre 1924, à un cours de perfectionnement des sages-femmes, ont fait une étude de la question.

Ces quelques chiffres que nous avons rapportés, en indiquant la fréquence avec laquelle se rencontrent ces cas d'anomalies de la dilatation et en montrant leur évolution si fâcheuse pour le fœtus, prouvent la nécessité qu'il y aurait à avoir une thérapeutique efficace selon les cas.

Les différentes observations d'anomalies que nous avons relevées dans les archives de la clinique d'accouchement, de 1923 à juillet 1925, confirment le nombre relativement élevé des cas où il y a eu anomalie de la dilatation, et leurs conséquences graves, et quelquefois mortelles pour le fœtus. En effet, sur 2.028 accouchements, nous avons relevé 65 cas où il y a eu anomalie de la dilatation qui, d'après leurs causes, se répartissent ainsi :

Surdistension, 6;

Hypertonie, 7;

Irrégularité des contractions utérines, 3;
Poche plate, 2;
Rupture précoce de la poche des eaux, 14;
Anomalies dues à la présentation, 8;
Anomalies associées, 22.

Après avoir fait un bref rappel du mécanisme physiologique de la dilatation normale, nous nous proposons, en effet, dans ce travail, d'étudier en particulier chacun des cas d'anomalie avec les conséquences pathologiques susceptibles de venir compliquer la situation, tant du côté fœtal que du côté maternel; enfin, nous essayerons de préciser la thérapeutique efficace dont sont justiciables les divers cas d'anomalie qui peuvent se rencontrer.

CHAPITRE PREMIER

LE COL. — LES MODIFICATIONS DONT IL EST LE SIEGE AU COURS DE LA GROSSESSE ET DU TRAVAIL

Faisant suite au segment inférieur de l'utérus, et appendu à lui, nous trouvons le col. Pendant la grossesse, celui-ci subit des modifications portant sur sa longueur; chez une femme très près du terme nous lui trouvons la forme d'un tube long de 3 à 5 centimètres, qui s'ouvre dans le vagin par son orifice externe. L'index pénètre avec la plus grande facilité à travers cet orifice cervical pour venir au contact des membranes.

A côté de cet allongement nous notons aussi une augmentation de volume. Il y a donc hypertrophie du col, mais au profit de quels éléments ? Sur ce point tous les auteurs ne sont pas d'accord :

Pour Ivanoff, il y a hyperplasie et hypertrophie des fibres élastiques.

Pour Rameri et Acconci, la trame élastique serait d'autant plus prononcée qu'on approcherait du museau de tanche.

Pour Dührssen, le seul segment périphérique du col serait riche en fibres élastiques et en tissu conjonctif, tandis que le segment central posséderait des fibres musculaires lisses plus abondantes.

Von Dittel trouve dans le col à terme, des fibres élastiques très développées et très abondantes, surtout autour des vaisseaux sanguins.

Avec Fieux, nous pensons que vers la fin de la grossesse

les faisceaux contractiles du col sont réduits à presque rien : « La grossesse démuscle lentement le col et le démuscle du bas en haut, si bien qu'à terme la portion sous-vaginale peut être considérée comme un bloc conjonctivo-vasculaire. »

Malgré ces modifications dont il est le siège, malgré cette grande perméabilité, et malgré aussi l'état de distension de ses orifices, le col n'en garde pas moins son caractère primordial d'organe de clôture.

Sa direction et sa situation se sont aussi modifiées au cours de la grossesse, mais c'est surtout le ramollissement dont il est le siège qui nous intéresse plus particulièrement, car c'est lui qui prépare, d'une manière passive il est vrai, mais fatale néanmoins, la marche de la dilatation. La descente et l'expulsion du fœtus exigent en effet ce changement de consistance.

Le ramollissement. — On a beaucoup discuté sur la cause du ramollissement. Il est précoce, débutant les premières semaines de la grossesse et envahissant progressivement tout le col.

Alors qu'Acconci ne jugeait pas ce ramollissement comme indispensable et prétendait que le col « se laisserait effacer et dilater aussi bien par la nature que par l'art, à quelque période que ce soit de la grossesse, c'est-à-dire alors que le ramollissement est encore imparfait », depuis Charuel dans sa thèse a montré quels troubles profonds apparaissaient dans la marche d'un accouchement quand ce ramollissement était entravé ou bien limité.

Il est donc indispensable au col pour l'entrée en jeu de cette élasticité considérable dont il jouit au moment du travail, élasticité telle qu'elle permet au col de s'ouvrir assez largement pour assurer le passage de la tête fœtale.

La dilatation. — Cette ouverture et cet élargissement progressif de l'orifice utérin, qui ne cesse d'augmenter jusqu'à ce qu'il ait atteint les dimensions suffisantes pour livrer passage au fœtus, constituent ce que l'on appelle la dilatation.

Succédant à l'effacement du col, la dilatation se fait progres-

sivement, et c'est par le toucher que l'on se rend compte de ses divers degrés. Pour apprécier les dimensions de l'orifice utérin il est d'usage de les comparer à des pièces de monnaie : 0,50 centimes, 1 franc, 2 francs, 5 francs, puis à une petite et à une grande paume de main. Enfin, quand les bords du col arrivent au contact des parois de l'excavation, la dilatation est complète.

La dilatation se fait d'ordinaire progressivement, mais irrégulièrement. En effet, l'orifice utérin s'agrandit plus lentement au début qu'à la fin de la période de dilatation; c'est ainsi qu'il faut plus de temps à la dilatation pour arriver à 5 francs qu'il n'en faut pour porter celle-ci de 5 francs à la dilatation complète.

Sur les causes de cette dilatation, les auteurs ne sont point d'accord.

Pour les uns, Herbert, de Louvain, la dilatation serait le résultat des tiraillements exercés sur les fibres circulaires du col par les fibres longitudinales et obliques du corps.

A côté d'eux Hofmeier, Bayer et l'école allemande, dont l'opinion a été en France adoptée par Varnier, soutiennent que la dilatation du col constitue un phénomène purement passif, la poche des eaux derrière laquelle descend la partie fœtale, puis la partie fœtale après la rupture de cette poche poussée par les contractions du corps et du fond de l'utérus agissent à la manière de coins sur le segment inférieur, sur le col et sur l'orifice qui restent passifs.

Chacun de ces auteurs soutient des idées justes, mais la théorie de chacun, prise séparément, n'explique qu'incomplètement la dilatation qui, au fond, est un phénomène plus complexe, et qui se comprend beaucoup mieux en conciliant les deux théories en présence.

Mécanisme de la dilatation.

Celle-ci est en effet sous la dépendance d'un facteur actif qui est la contraction utérine, et de deux facteurs qui n'ont

qu'un rôle passif : ce sont la poche des eaux et la présentation.

1° La contraction utérine. — La propriété la plus importante de l'utérus gravide, muscle lisse, est la contractilité, propriété grâce à laquelle il peut évacuer son contenu au moment de l'accouchement. Involontaire, la contraction utérine exige certaines conditions pour être vraiment efficace :

a) L'utérus doit être *moyennement distendu*. La surdistension, en effet, ralentit et peut même amener un arrêt complet dans la contracture de ses fibres musculaires.

b) En dehors d'une *durée* et d'une *intensité* suffisante, la contraction doit aussi être *intermittente*. Cet intervalle est d'ailleurs variable suivant les époques du travail.

c) Elle ne devient utile que si le col est bien dans *l'axe de l'utérus*. Conditionnée par le système sympathique, elle est sous la dépendance des ganglions intra-utérins. Ceux-ci, en effet, expliquent l'automatisme utérin. Les centres spinaux de la région lombaire ne jouent qu'un rôle de régulateurs.

2° La poche des eaux. — La poche des eaux est donc la portion des membranes mises à nu par la dilatation de l'orifice utérin. Elle renferme une couche de liquide amniotique qui sépare la partie fœtale en présentation des enveloppes de l'œuf. Elle joue plusieurs rôles très importants.

a) Sous l'influence des contractions utérines, le liquide amniotique refoule la partie des membranes qui offre le moins de résistance, c'est-à-dire celle qui n'est plus recouverte par le tissu utérin. Les membranes sont ainsi entraînées et allongées par la pression exercée sur elles par le liquide amniotique. Elle exerce une pression molle et douce sur le col, en outre c'est une pression parfaitement répartie.

b) En appuyant sur l'orifice utérin, la poche des eaux provoque des contractions utérines réflexes; elle est donc ainsi un puissant excitant nerveux des contractions normales.

c) Elle a une action heureuse sur la circulation du fœtus en amortissant et en répartissant également la contraction de l'utérus. Les déplacements et l'accommodation du fœtus peuvent se faire plus facilement.

d) Dans les accouchements prolongés elle joue l'important rôle de barrière, en empêchant la pénétration de germes qui produiraient l'infection du liquide amniotique.

3° **La présentation.** — Celle-ci aide à retarder le plus possible la réception de la poche des eaux. Le pôle céphalique agit, en effet, comme un clapet, et sépare le liquide amniotique en deux poches; ainsi la force de transmission se trouve diminuée, d'où la chance plus grande que possède la poche des eaux de résister plus longtemps à la violence des contractions utérines.

En outre, la présentation doit être telle qu'au moment de la rupture des membranes le pôle fœtal vienne appuyer sur l'orifice de dilatation et continue ainsi le rôle inachevé de la poche.

Ces trois facteurs que nous avons séparés pour la commodité de l'étude ont une influence réciproque et combinent leur action pour la marche d'une dilatation qui se fait normalement en 13 heures chez une primipare et en 7 heures chez une multipare.

Mais que sous l'influence d'une cause quelconque l'un de ces facteurs soit troublé dans son ordre de marche, alors on voit la dilatation se ralentir énormément, ou même devenir stationnaire. La dystocie est créée.

CHAPITRE II

ANOMALIES DE LA DILATATION

Que veut dire anomalie de la dilatation ?

C'est un arrêt plus ou moins prolongé de cette phase du travail.

Connaissant maintenant les divers éléments qui entrent en jeu pour faire progresser une dilatation normalement, nous allons rechercher les troubles dont ils peuvent être le siège; quelles en sont les causes et aussi quelles sont les conséquences pathologiques qui surviennent. Nous nous proposons d'illustrer chaque cas d'une observation typique s'y rattachant.

I. — Anomalies dues aux contractions utérines.

Nous n'envisagerons pas les cas où l'arrêt de la dilatation survient par défaut de la contraction utérine. Celle-ci n'existant pas, son absence seule suffit à expliquer l'anomalie.

Nous étudierons les cas de dystocie où il y a anomalie soit par surdistension du muscle utérin, soit par excès, soit par irrégularité des contractions.

a) Anomalies par surdistension de la fibre utérine. — Normalement, la contraction utérine, pour être efficace, exige une distension moyenne de la fibre utérine. Dans les cas d'hydramnios, de gémellité ou de gros œuf, nous trouvons un utérus distendu d'une façon énorme, et ne pouvant plus revenir sur lui-même; il en résulte que la fibre musculaire perd de sa

force et ne donne lieu qu'à des contractions faibles, à peine ébauchées, et qui sont sans action sur le col qui est effacé et dont la dilatation est limitée par un anneau mince et tranchant.

OBSERVATION (Inédite).

I-pare de 18 ans, qui entre dans la salle de travail le 29 avril 1923. L'examen fait à ce moment montre l'existence d'un gros ventre; au palper on décèle l'existence d'un liquide amniotique en excès, et une tête non engagée. Au toucher on trouve un col en voie d'effacement. On note quelques douleurs légères.

Le 2 mai, à 1 heure du matin, début du travail; douleurs fortes et régulières. A 7 heures, la dilatation est de 1 fr. A 10 heures, elle a progressé et atteint 5 fr. Au toucher on trouve une poche des eaux très tendue, même entre les contractions. La tête s'engage en O. I. D. P. Dès lors la dilatation reste stationnaire à 5 fr., malgré des douleurs fortes et régulières. A 16 heures, même dilatation; les douleurs sont fréquentes et commencent à être mal supportées. Au toucher, on trouve un col normal avec des bords minces. Enfin, à 18 heures, voyant que la dilatation ne faisait plus aucun progrès, on rompt les membranes.

A partir de ce moment, la dilatation se complète en quelques minutes. La tête descend très rapidement dans l'excavation et la rotation se fait vite. Le dégagement est rapide. L'expulsion a duré vingt minutes. Le fœtus naît étonné, mais il est vite ranimé.

b) **Anomalies par excès.** — Alors qu'à l'état normal l'utérus proportionne ses efforts à la résistance à vaincre, nous voyons que, pathologiquement, la disproportion peut porter soit sur l'intensité, soit sur la durée, soit sur l'élément douleur.

Avec des contractions qui ne sont modifiées que dans leur intensité, rien à signaler du côté de la dilatation, si ce n'est sa marche très rapide; mais si, à cet excès d'intensité, s'ajoute un excès de durée, nous assisterons à un arrêt de la dilatation dû à l'état d'*hypertonie de l'utérus*.

Cet état particulier est créé par les contractions qui sont très rapprochées et arrivent à produire sur l'utérus un véritable état de tétanisme.

Ce genre d'anomalie se rencontre particulièrement chez les femmes qui présentent une sensibilité toute particulière. Les contractions, en effet, s'accompagnent de douleurs qui deviennent de plus en plus intolérables pour la patiente. Les cris et l'agitation continuelle de ces femmes traduisent bien l'état d'hyperexcitabilité de tout leur système nerveux.

OBSERVATION (Inédite).

Il s'agit d'une II-pare de 22 ans.

Le 17 mai, la femme qui souffre depuis le matin 6 heures, se présente à 9 heures à l'examen. A ce moment-là, on trouve un ventre moyennement distendu, le liquide semble en quantité normale; la tête est élevée. Au toucher, on trouve un col souple, dilaté à 2 fr., et une poche des eaux intacte. Mais, vers midi, les bruits du cœur deviennent irréguliers, tantôt lents, tantôt très rapides. De plus, on note que l'utérus se contracte continuellement, et ces contractions violentes arrachent des cris à la femme. Devant la persistance de cet état, on fait une injection de un demi-centimètre cube de morphine. L'effet se fait très vite sentir. Les douleurs s'espacent un peu, et la parturiente qui devient calme prend un peu de repos. Au toucher, on trouve des membranes, qui se tendent uniquement au moment des contractions et une dilatation qui a progressé. Celle-ci était arrivée à petite palmaire quand, au cours d'un toucher, fait sans aucune brusquerie cependant, la poche des eaux se rompt. Les bruits du cœur deviennent de plus en plus mauvais. A 14 heures, le col est encore souple; devant les signes de souffrance du fœtus, on se décide à intervenir. On fait de la dilatation uni-manuelle jusqu'à grande palmaire; alors, à ce moment, on fait une application de forceps en O. I. G. A. à la partie supérieure de l'excavation. On ramène un enfant cyanosé qui crie vite.

c) **Anomalies par irrégularité.** — Normalement, la contraction utérine est totale et pratiquement presque instantanée; elle

commence au niveau du fond et se termine au niveau de l'orifice externe. Il existe donc un synchronisme dans la contraction de tous les faisceaux musculaires qui forment le muscle. Que faut-il entendre par irrégularité ? C'est la destruction de ce synchronisme; il en résulte l'existence simultanée sur l'utérus de zones contractées et de zones inertes. Ces anomalies ont donné lieu à de nombreux travaux très touffus, d'où il ne se dégage pas d'idées très nettes.

Dans un article récent, Zarate fait en effet remarquer que les auteurs emploient des termes très différents pour désigner les mêmes faits cliniques, d'où une grande confusion. Dystocie de l'anneau de Bandl, contracture de l'anneau de Bandl, rétraction annulaire, rétraction de l'anneau de Bandl, etc..., sont autant de termes différents pour indiquer des faits cliniques analogues. Comment se produit cette anomalie ? C'est, en général, au cours d'un accouchement qui s'annonçait bien et dans lequel la dilatation progressait normalement, mais où il y a eu une rupture précoce de la poche des eaux. On voit, en effet, dans ces cas, un temps plus ou moins long après la rupture des membranes, l'utérus, sous l'influence des contractions utérines, s'étrangler en un point qui correspond à une dépression du corps fœtal. Le fœtus devient prisonnier de cet utérus qui s'est rétracté sur lui; en outre la déclaration, qui devient stationnaire, vient augmenter les difficultés de l'extraction. Quelle est la cause de cette anomalie ? Une distension ou une compression localisée amènent l'affaiblissement fonctionnel de la zone atteinte et, simultanément, la rétraction compensatrice des muscles circonvoisins; ces conditions seront réalisées dans les cas de déviation utérine. Certaines présentations (épaule, face, front), la rupture précoce des membranes, l'oligamnios sont autant de causes favorisantes pour amener du côté de l'utérus la formation d'un anneau de rétraction.

Pour Baudelocque, pour Demelin, le rôle essentiel est joué par la rétraction. Cette rétraction sera d'autant plus marquée que la partie fœtale sur laquelle elle se produit est elle-même

plus petite. Tous les anneaux circulaires de l'utérus peuvent ainsi se rétracter et pas seulement le fameux anneau de Bandl.

Dans ces cas-là, où l'anomalie n'en est qu'à son début, c'est-à-dire où il n'y a encore que des rétractions liées à des inerties partielles, on peut voir les contractions reprendre d'elles-mêmes au bout d'un temps plus ou moins long, et la dilatation s'achever.

Conséquences pathologiques. — Dans d'autres cas où cet arrêt durait depuis un certain temps, et où on a tenté d'achever la dilatation, on voit la contracture venir s'ajouter à la rétraction et ainsi la situation s'aggrave. Le fœtus commence à manifester des signes de souffrance et l'œuf s'infecte. Il faut intervenir, la vie de l'enfant en dépend.

En outre, à côté des graves dangers que court l'enfant, il en existe de non moins graves pour la mère. On voit en effet venir s'ajouter des troubles de la circulation. Il se produit des exsudations interstitielles qui peuvent se coaguler et ainsi rendre cassantes les fibres utérines. La résistance du muscle utérin est considérablement diminuée, et, par suite, on peut voir se produire des ruptures utérines spontanées. Ce même accident peut d'ailleurs être la conséquence d'une intervention.

Ces notions suffisent à mettre en lumière l'importance d'une intervention bien conduite et faite opportunément.

OBSERVATION (Inédite).

I-pare de 23 ans, qui entre à la clinique d'accouchement le 20 juillet 1923. Le début du travail a lieu le 25 juillet vers 6 heures du matin. A l'examen, la femme est bien conformée, rien à noter du côté du bassin. L'enfant se présente par le sommet en D. T. Le toucher montre un col un peu déhiscent et, au-dessus, une partie fœtale qui s'appuie peu. Les contractions sont fortes et régulières. Sous l'action d'une injection vaginale, la poche des eaux se rupture spontanément à ce moment vers 14 heures. La dilatation est à 5 fr.

Ribon.

Les douleurs continuent, fortes et régulières; mais la dilatation ne progresse plus et la tête reste au détroit supérieur.

Vers 17 heures, la situation se complique; on voit l'utérus se rétracter en un point. Au toucher, on trouve très nettement l'existence d'un cercle dur et fortement rétracté. Nous sommes en présence d'un anneau de rétraction. Le fœtus manifeste quelques signes de souffrance, on décide d'intervenir.

On place un ballon qui complète la dilatation et qui permet d'appliquer, avec difficulté cependant, un forceps au détroit supérieur sur la tête fœtale; on ramène un enfant un peu étonné, mais qui est vite ranimé.

d) Déviation utérine. — L'efficacité des contractions est aussi sous la dépendance de la direction de l'utérus. Celui-ci doit être dans l'axe du col, sinon, malgré de bonnes contractions fortes et régulières, et alors que tout est normal du côté fœtal et maternel, on voit la marche de la dilatation être très lente ou bien même devenir stationnaire peu de temps après son début. Ce sont des cas fort simples d'anomalies et dont le traitement est très facile.

OBSERVATION (Inédite).

(Due à l'obligeance du D^r Marc RIVIÈRE).

III-pare. — Rien de spécial pendant la grossesse. Début du travail le 18 janvier 1923, dans la nuit. L'œuf se rompt dès le début. Les contractions fréquentes et très douloureuses n'amènent pas de modifications sensibles du côté du col. A 10 h. 30, tête élevée, mal fléchie, col non effacé, ouvert comme 2 fr. A 17 heures, col très épais, à peine plus ouvert, mais utérus très obliquement dirigé vers la gauche, tête toujours mal fléchie et très élevée. M. Marc Rivière fléchit un peu la tête avec le doigt et redresse l'utérus, et le maintient dans la bonne position par un bandage.

Les contractions deviennent dès lors très intenses et, à 19 heures, se produit l'expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3 kil. 675.

II. — *Anomalies dues à la poche des eaux.*

Nous avons vu les divers rôles, tous très importants, que joue la poche des eaux au moment de la dilatation; aussi sa persistance semble-t-elle nécessaire et même indispensable jusqu'à la fin de cette période du travail.

Avant d'étudier les cas, nombreux d'ailleurs, où survient une anomalie à la suite de la rupture précoce des membranes, nous allons voir que, dans certaines conditions, une dilatation peut rester stationnaire, alors que les membranes sont encore intactes.

1° Décollement insuffisant des membranes. — Nous savons, en effet, que les membranes, sous l'influence des contractions utérines, sont allongées et pénètrent à travers l'orifice cervical. Or, il arrive parfois que, chez certaines femmes, dont le bassin est tout à fait normal, et chez lesquelles le fœtus ne présente aucune dystocie, le travail, après une période plus ou moins longue, devient irrégulier et finit par s'arrêter. La dilatation qui était commencée n'avance plus; la tête qui était engagée ne descend pas. Au toucher, nous ne sentons pas, comme normalement, la poche « bomber » au moment des contractions.

Nous nous rangeons à l'avis de Demelin, et, avec lui, nous pensons qu'il s'agit, non point d'une prolongation du travail sans cause, mais bien d'un cas pathologique dû à une adhérence anormale des membranes.

OBSERVATION.

(publiée par M. Marc RIVIÈRE, à la Société d'obstétrique de Bordeaux, le 16 juin 1925).

Mme X..., III-pare. — Rien de spécial pendant la grossesse. Début du travail le 5 février 1925, à 17 heures, petites douleurs pendant toute la nuit.

La parturiente, vue à 4 heures du matin, le 6 février, présente

un col dilaté à 5 fr.; présentation en O. I. G. A., et utérus dévié à droite.

Toute la journée du 6, petites douleurs, pertes d'eau assez abondantes, sans progression du travail. Elle est vue à 17 heures, par le docteur Marc Rivière, qui lui trouve une dilatation de 5 fr. Les bruits du cœur sont normaux. On fait une injection de pantopon pour permettre à la malade de se reposer jusqu'à une reprise du travail. Les jours suivants n'amènent aucune progression dans le travail, la dilatation reste toujours à 5 fr. Quelques douleurs dans la journée, pertes d'eau continuelles avec une poche des eaux non rompues. Les bruits du cœur sont excellents.

Le 18 février, après une crise douloureuse plus forte, la dilatation devient petite palmaire.

Le 20, à 7 h. 30, reprise du travail. La rupture spontanée des membranes a lieu à 8 heures, et à 8 h. 25, l'accouchement a lieu spontanément. Enfant moyen.

2° Poche des eaux plate. — Cette forme particulière de la poche des eaux l'empêche de jouer son rôle important de dilatateur. Aussi verrons-nous encore, dans ces cas, la dilatation rester stationnaire, malgré les efforts d'un utérus qui se contracte régulièrement et avec suffisamment de force.

OBSERVATION (Inédite).

II-pare de 22 ans.

Début du travail le 3 juin vers 22 heures. La dilatation commence le 4 juin, à 5 heures du matin; elle est à 5 fr., vers 10 heures, puis elle ne progresse plus. Au toucher, on trouve des membranes tendues, mais qui ne bombent pas à travers l'orifice du col; la tête est très profondément engagée. Devant cet arrêt de dilatation, à 15 heures, on rompt la poche des eaux; alors la dilatation se complète en peu de temps. A 15 h. 30, dilatation petite palmaire, et à 16 heures, dilatation complète. Le col est resté souple. Expulsion rapide d'un enfant qui crie aussitôt.

3° **Poche des eaux rompue.** — La rupture spontanée des membranes a lieu normalement au moment de la dilatation complète. Une telle rupture est dite *tempestive*. On appelle cette rupture *prématurée* si elle a lieu avant tout début de travail, et *précoce* si elle survient pendant la période de travail, avant la dilatation complète.

Les statistiques données par Desclozeaux dans sa thèse montrent que la moyenne de la durée du travail, après une rupture prématurée, n'est pas plus élevée qu'après une rupture spontanée à la dilatation complète.

Il n'en est pas de même de la rupture précoce spontanée qui, elle, a une action directe sur la marche du travail, en augmentant considérablement sa durée.

Spontanée, elle reconnaît comme causes tous les facteurs invoqués pour la rupture prématurée. La cause déterminante est une contraction utérine qui agit en augmentant brusquement la tension de l'œuf en un point où les membranes sont moins bien soutenues, c'est-à-dire le plus souvent au niveau ou au voisinage de l'orifice utérin. Cette contraction peut être remplacée par un effort, un mouvement brusque, une quinte de toux.

La plupart des observations de rupture précoce des membranes que nous avons relevées concernent des femmes qui présentent un bassin légèrement rétréci, mais limite.

Une anomalie même légère du côté du bassin semble favoriser d'une façon indéniable la rupture des membranes.

A côté de ces cas, il en existe un certain nombre d'autres, dans lesquels une nouvelle cause vient s'ajouter pour expliquer la rupture précoce, nous voulons parler de la présentation quand celle-ci est vicieuse ou irrégulière.

Conséquences pathologiques. — Si, dans quelques cas, la rupture précoce artificielle des membranes est une thérapeutique efficace pour permettre à une dilatation de s'achever rapidement, dans la plupart des cas cette rupture précoce, en se produisant spontanément, ne présente que des inconvénients par les complications/quelquefois très graves qui peuvent en résulter.

D'abord elle augmente de beaucoup la durée moyenne du travail. Cette prolongation du travail amène des accidents chez la mère ou chez le fœtus, d'où l'obligation de pratiquer des interventions dans un grand nombre de cas.

Il n'est pas rare, en effet, de voir survenir une altération des bruits du cœur du fœtus; ceux-ci deviennent irréguliers par suite d'une compression du cordon entre la paroi et le fœtus. Ce sont là des signes de souffrance fœtale qui posent nettement l'indication d'une intervention assez hâtive.

En outre, les mouvements du fœtus deviennent impossibles dans cet utérus plus ou moins contracturé et vide de tout liquide; la présentation ne peut donc pas s'accommoder, et l'absence de liquide empêche l'accoucheur de pouvoir la modifier.

Il peut arriver également que la pression utérine oblige le fœtus à faire des mouvements respiratoires dans ce liquide amniotique putride, d'où les dangers d'infection qui guettent l'enfant.

OBSERVATION (Inédite).

Forceps dans l'excavation pour lenteur du travail et souffrance fœtale.

I-pare de 25 ans. Début du travail le 29 août à 6 heures du matin. A 8 heures, dilatation de 1 fr.; à midi, elle est de 2 fr.; à 16 heures, elle a atteint 5 fr.; à ce moment, la poche des eaux se rupture spontanément. Le soir, à 21 heures, la dilatation est toujours à 5 fr., malgré la persistance de douleurs fortes et régulières.

Le 30 août, à 8 heures du matin, même dilatation. Le soir, à 17 heures, on note quelques progrès du côté de la dilatation; celle-ci est arrivée à petite palmaire. Mais la femme est épuisée, et les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers. On achève la dilatation manuellement, et on fait une application de forceps qui ramène un enfant étonné, mais qui est assez facilement ranimé.

III. — *Anomalies dues à la présentation.*

Toute présentation anormale ou vicieuse peut produire une anomalie de la période de dilatation; mais cette anomalie se

rencontre surtout dans les variétés postérieures de la présentation du sommet qui augmentent la durée du travail. De La Mothe et Puzos portaient précisément le diagnostic de variété postérieure en tenant uniquement compte de la longueur inusitée du travail. Chantreuil et Tarnier, dans leur *Traité de l'art de l'accouchement* (1888), p. 698, écrivent :

« La présence de l'occiput en arrière est une des causes les plus fréquentes de la prolongation du travail; en général celui-ci dure quatre à cinq heures de plus que dans les occipito-antérieures; aussi est-il important, au point de vue du pronostic, de faire une distinction entre les occipito-antérieures et les occipito-postérieures. Dans ces dernières positions les phénomènes physiologiques du travail revêtent une physionomie particulière; les contractions utérines sont irrégulières, l'orifice utérin se dilate difficilement. La lenteur du travail amène une grande fatigue générale, l'épuisement de la parturiente, l'inertie de la matrice et quelquefois, secondairement, l'hémorragie après la délivrance. »

Et nous pensons avec Tarnier que « parmi les causes qui dans ces cas (position occipito-postérieure) ralentissent la marche du travail, il en est une dont le rôle est très important et trop peu connu, c'est la *déflexion de la tête*. Toutes les fois que, dans les positions occipito-postérieures, j'ai observé l'insuffisance des contractions utérines et l'impuissance des efforts faits par les patientes, j'ai trouvé la déflexion de la tête et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre et même inaccessible. Tant que cette déflexion persiste, on peut être sûr que le travail ne fera pas de progrès ».

Il faut remarquer que, dans ces positions postérieures, la prolongation de l'accouchement porte seulement sur la période de la dilatation après rupture de la poche des eaux.

Conséquences pathologiques. — La complication habituelle dans ces cas est l'*œdème du col*. Après cette rupture précoce de la poche des eaux, on comprend facilement que le segment inférieur et le col peuvent se trouver coincés entre le bassin

osseux et la présentation. La circulation de retour va donc être gênée; il en résultera, au bout d'un certain temps, une infiltration. Cet œdème qui, au début, est simplement mécanique, peut devenir infectieux.

Cet œdème se localise le plus souvent à la lèvre antérieure du col; pourquoi cette localisation ? D'après Nœgelé, une des causes doit être recherchée dans l'obliquité de la matrice.

Toutes les causes de nature à prolonger la durée du travail facilitent la production de cet œdème. La plupart des cas se rencontrent chez des femmes qui ont un bassin limite, ou bien un bassin normal mais une présentation postérieure.

OBSERVATION (Inédite).

I-pare de 26 ans. Début du travail le 3 octobre, à 24 heures. Début de la dilatation le 4 octobre, à 1 heure. A 15 heures, elle est de 2 fr.; à 16 h. 30, elle atteint 5 fr.

Le 5 octobre, à 2 heures, on trouve au toucher un col infiltré et la même dilatation. A 7 heures, toujours avec une dilatation de 5 fr., la rupture des membranes se produit spontanément. Au toucher, on trouve une tête engagée, mais mal fléchie. Le col s'épaissit de plus en plus, et la dilatation ne progresse plus. A 16 heures, on décide d'attendre que l'engagement soit complet pour intervenir. A 20 h. 30, col au même degré de dilatation; mais les bruits du cœur devenant plus lents et plus sourds, on décide d'intervenir. A 21 heures, on commence la dilatation bimanuelle de Bonnaire, qui permet d'obtenir une dilatation grande palmaire. On applique le forceps en G.A. On pratique une grande incision sur la partie antérieure de la portion intravaginale du col. Malgré des tractions prudentes et lentes, le col se déchire à droite et à gauche légèrement. A 21 h. 45, on extrait un enfant étonné mais vite ranimé.

IV. — *Anomalies associées.*

Si nous avons étudié séparément les différents facteurs qui contribuent à la dilatation, c'est dans un double but, celui

de mieux montrer le rôle capital joué par chacun d'eux, et celui aussi de donner plus de clarté à notre exposition. Il ne faudrait point croire que, dans tous les cas, l'anomalie soit due à un seul d'entre eux. Nombreux, en effet, sont les cas où plusieurs et même tous les facteurs quelquefois sont en jeu. Voici, en effet, comme exemple, le cas pathologique le plus fréquemment rencontré : Nous nous trouvons en présence d'une femme dont la poche des eaux s'est rompue au début du travail. Cependant les contractions utérines persistent, normales dans leur intensité et leur rythme, mais la marche de la dilatation s'est arrêtée après la rupture des membranes, et, depuis, la dilatation est restée stationnaire. Au palper, on trouve une tête libre au détroit supérieur, débordant plus ou moins la symphyse pubienne. Le toucher ne révèle rien du côté du col; celui-ci a gardé sa souplesse, ses bords sont lisses et ne présentent aucune infiltration. Le toucher confirme en même temps la présentation élevée. Cette non-descente s'explique par ce fait que l'on a presque toujours affaire à un bassin limite dont le promontoire est plus ou moins facilement accessible, mais toutefois suffisant pour laisser passer une tête fœtale.

Complications pathologiques. — Après avoir attendu une ou plusieurs heures, espérant voir la dilatation se terminer d'elle-même, refaisons le toucher. Alors que le premier, fait presque aussitôt la rupture de la poche, ne nous avait rien montré d'anormal dans l'état du col, celui-ci nous indique nettement des modifications dans l'état du col. Celui-ci, en effet, a perdu sa souplesse, il est devenu dur, rigide, et sa dilatation est restée stationnaire. Nous nous trouvons en présence d'un état de *rigidité anatomique secondaire*.

Sa pathogénie a fait l'objet de travaux intéressants dans ces dernières années. En 1890, MM. Wallich et Bouffe de Saint-Blaise ont trouvé qu'il s'agissait d'une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif, avec présence d'hémorragies interstitielles et un engorgement vasculaire.

En 1908, le professeur Couvelaire a bien montré l'exis-

tence de l'infiltration leucocytaire qui avait déjà été signalée, en 1903, par le professeur Audibert. Il a trouvé qu'elle se présentait avec les caractères d'une réaction inflammatoire aiguë, d'origine infectieuse.

En 1912, MM. Potocki et Sauvage ont publié un cas concluant où ils avaient rencontré une pullulation microbienne disséminée dans la zone d'infiltration leucocytaire.

Plus récemment, en 1921, MM. Lelièvre et Vignes publièrent une observation de rigidité du col avec pullulation microbienne, mais où le facteur mécanique faisait défaut.

Quelle que soit sa véritable pathogénie, il n'en est pas moins vrai que cet état empêche la dilatation de se compléter, et que le fœtus va se trouver exposé aux complications qui peuvent survenir quand il reste trop longtemps dans un utérus vide de son liquide amniotique. Il y a donc lieu, dans ces cas, d'intervenir en achevant la dilatation, afin de pouvoir extraire un enfant vivant.

OBSERVATION (Inédite).

Bassin limite. Incisions du col. Forceps au détroit supérieur après refus de la césarienne. Enfant mort.

I-pare de 21 ans. Entre à la clinique dans la nuit du 10 au 11 avril, parce qu'elle commençait à souffrir. A l'examen : col entier, et poches des eaux. Le travail s'arrête.

Revue le 13, dans la matinée, la malade perd un peu de sang et commence à souffrir. La tête, très élevée, ne semble pas déborder, et on a l'impression que l'accouchement peut se faire par les voies naturelles.

À 15 heures, col en voie d'effacement. À 19 heures, rupture spontanée des membranes; il s'écoule un liquide teinté de méconium. Les bruits du cœur sont irréguliers. La dilatation est à 1 fr. M. le docteur Marc Rivière, prévenu, examine la femme; il a l'impression que la tête s'accommode mal, et en présence de la souffrance fœtale compliquée de dilatation à peine ébauchée, pose l'indication d'une opération césarienne.

La patiente refuse de se laisser opérer tant que son mari ne sera pas auprès d'elle. Le mari est introuvable, le temps passe, et les bruits du cœur deviennent de plus en plus mauvais. On est dans ces conditions obligé de renoncer à la voie haute.

La parturiente est mise sous chloroforme, et on tente la dilatation uni-manuelle. A dilatation grande palmaire, on fait une première application de forceps au détroit supérieur en D. T. On fait des tractions soutenues sans résultat. L'application était un peu oblique; on désarticule, et on fait une nouvelle application. Des tractions très soutenues engagent la tête, mais il reste du col qui gêne la progression. On pratique des grandes incisions du col en avant et en arrière jusqu'aux culs-de-sac. L'extraction est très laborieuse et ramène un enfant de 3 kilos 100 grammes, dont le cœur bat, mais qui ne peut être ranimé.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

En présence d'une femme dont la dilatation progresse anormalement ou est stationnaire, porter le diagnostic d'anomalie de la dilatation n'est rien, mais, ce qui importe, c'est de faire un diagnostic étiologique qui indiquera avec précision la thérapeutique efficace qu'il y a lieu d'employer.

Surdistension. — Nous nous trouvons, dans ce cas, en présence d'une femme dont l'inspection nous montre un ventre énorme. Appuyons les mains sur ce gros ventre, nous percevons de légères contractions qui semblent à peine ébauchées. Un palper un peu plus approfondi et minutieux nous révélera l'existence d'un liquide abondant, dans d'autres cas nous décelerons l'existence de deux fœtus; d'autres fois nous trouverons un seul fœtus, mais celui-ci sera très gros.

Nous confirmerons notre diagnostic par un toucher qui nous révélera l'existence d'un col effacé, plus ou moins dilaté, mais ne présentant aucune modification et ayant conservé sa souplesse normale. Par ce toucher, notre doigt arrivera au contact des membranes tendues. La tension de ces membranes peut, dans certains cas, être telle qu'elle puisse amener l'effacement du col et même sa dilatation, allant jusqu'aux dimensions d'une pièce de 5 francs, même en l'absence de toute contraction utérine. Cette tension continuelle, qui existe même entre les contractions, ajoutée aux autres signes, fera porter le diagnostic précis de surdistension de la poche des eaux; mais pensons avant d'affirmer son existence à la différencier de la

fontanelle dans un cas d'hydrocéphalie : ici la surface est moins unie et il existe un pourtour osseux autour de la fontanelle.

Hypertonie. — L'inspection nous montre un ventre normalement distendu; mais, au palper, nous sentons un utérus qui se contracte violemment; une contraction est à peine terminée que l'autre commence, l'utérus ne prend pas de repos. Chaque contraction arrache des cris à la femme qui est en perpétuelle agitation; la douleur persiste dans l'intervalle des contractions. Par le toucher, nous trouvons une poche des eaux à l'état de tension continuelle, et un col normal. Du côté de la présentation, rien à signaler : elle est bonne et suffisamment engagée. Il faut reconnaître uniquement l'influence fâcheuse des centres nerveux comme étant le facteur qui provoque l'anomalie.

Irrégularité des contractions. — Ici le tableau clinique est tout à fait différent. La femme, en travail depuis un certain temps, est fatiguée. Tantôt elle accuse à peine quelques douleurs, tantôt, au contraire, elle éprouve une sensation douloureuse presque continuelle. Dans ces cas, l'importance du toucher est capitale : il permet de se rendre compte que la rupture des membranes a eu lieu. En même temps, il nous indiquera que le col est plus ou moins dilaté, et le doigt qui en franchira l'orifice viendra buter sur un anneau plus ou moins élevé, fortement rétracté, soit au-dessous de la présentation, soit sur une région fœtale. Quand l'anneau de rétraction siège au niveau du cou dans les présentations du sommet, on sent très bien par le toucher une tête libre qui ballotte au-dessus de l'orifice du col.

La poche des eaux étant rompue et la présentation — bien qu'elle soit normale — n'appuyant pas sur le col, ceci suffit à expliquer l'arrêt de la dilatation.

Déviation utérine. — Ici tout est normal, mais le palper permet de se rendre compte que l'utérus est dévié de son axe.

Disons, dès maintenant, que le pronostic, dans ces cas-là, est fort bénin.

Décollement insuffisant des membranes. — A l'inspection, le ventre est gros normalement. A la palpation, on trouve un jeu normal des contractions utérines. Passons au toucher : nous trouvons, en général, un col à peine dilaté, mais souple. Le doigt franchit ce col et tombe sur les membranes, mais ne peut parvenir à se glisser entre celles-ci et le col : le diagnostic d'adhérence des membranes peut être porté.

Poche plate. — Là encore l'inspection et la palpation ne décèlent rien d'anormal. Le toucher seul permet de porter le diagnostic : on trouve un col normal et, plus profondément, des membranes intactes. Très près, derrière, on sent la présentation. Cette proximité est telle que, dans certains cas, il est extrêmement difficile d'affirmer la présence de la poche des eaux. Si nous attendons les contractions pour voir comment les membranes se comportent, nous sommes surpris de ne pas les sentir pénétrer dans le col et venir « bomber » à travers l'orifice, en repoussant notre doigt. Nous avons affaire à une poche plate, concordant avec une présentation très profondément engagée, ou s'appliquant très étroitement sur les membranes qui recouvrent le pôle inférieur de l'œuf.

Poche des eaux rompue. — Au toucher, il est généralement facile de se rendre compte de la présence ou de l'absence de la poche des eaux. Mais le diagnostic de la rupture est insuffisant. Il faut, en effet, rechercher s'il n'y a rien d'anormal du côté du col, ou du côté de la présentation, pour expliquer l'arrêt de la dilatation.

Dans certains cas, en effet, nous trouvons sous le doigt, au niveau de la face postérieure de la symphyse, une masse plus ou moins volumineuse, faisant corps avec la lèvre antérieure, dont elle n'est qu'un épaissement, masse le plus souvent lisse à sa surface : c'est l'*œdème du col*.

Dans d'autres cas, l'anomalie est due à une mauvaise présentation. Au toucher on trouve une tête mal fléchie et ne venant pas appuyer sur l'orifice du col : c'est une *présentation anormale*.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Une bonne dilatation évoluant normalement est à peu près la condition *sine qua non* d'un bon accouchement. Lorsque cette dilatation, pour une cause quelconque, devient anormale, le pronostic devient uniquement fonction de la cause de l'anomalie. Ceci montre bien l'importance d'un diagnostic précis, mais nous pouvons dire que ce pronostic est essentiellement variable, et que si, dans certains cas, il est fort grave, dans d'autres cas, au contraire, il est tout à fait bénin. Nous allons passer en revue les différents cas pathologiques déjà observés et nous allons voir quel pronostic comporte chacun d'eux.

1° Surdistension utérine. — Quand l'arrêt de la dilatation est uniquement dû à un état de surdistension de l'utérus, et que l'on se trouve en présence d'un bassin normal et de contractions utérines normales, il est permis de porter un pronostic bénin.

2° Hypertonie. — Ici le pronostic est lié à la présence de la poche des eaux. Alors qu'avec des membranes intactes un pronostic bénin peut être porté, il n'en est plus de même quand la poche des eaux est rompue. On a vu, en effet, que le liquide amniotique avait un rôle de protection pour le fœtus, vis-à-vis des contractions utérines. Donc, par suite de son absence, le fœtus est comprimé par cet utérus qui se contracte violemment, et qui, dans certains cas, peut même former des anneaux de rétraction. On voit donc qu'en dehors de toutes les complications qui peuvent survenir à la suite

d'une rupture précoce des membranes, s'ajoute cet état de tétanisme dont l'utérus est le siège, état qui favorise la production des anneaux de rétraction.

Ce sera donc un pronostic beaucoup moins favorable, surtout pour l'enfant, qu'il y aura lieu de porter dans ce cas.

3° Poche des eaux. — D'abord, quel pronostic faut-il porter lorsqu'une dilatation ne progresse plus mais que la poche des eaux est intacte ?

Dans ces cas, qu'il s'agisse d'un décollement insuffisant ou bien d'une poche plate, le pronostic est sensiblement le même.

« Je ne crains pas les eaux plates », disait Mme Lachapelle.

Desclozeaux, dans sa thèse, dit : « Plate, la poche des eaux est d'un pronostic favorable, elle indique presque toujours une présentation du sommet profondément engagée, c'est-à-dire une conformation normale du bassin. »

Mais combien plus sombre est le pronostic d'une anomalie de la dilatation due à une rupture précoce des membranes. Nous savons que cette rupture, qui coïncide le plus souvent avec un bassin limite, amène une prolongation considérable du travail. En dehors des heures de souffrance surajoutées que la mère aura à supporter, il faut penser au retentissement qu'aura à la fois sur la mère et sur le fœtus cette durée anormale du travail. Le fœtus, en effet, directement en contact avec la paroi utérine, sera directement influencé par les contractions. En outre, ce col incomplètement dilaté peut devenir le siège d'une infiltration secondaire, d'où œdème et rigidité. Si, connaissant les complications graves qui peuvent survenir au niveau du col, on intervient avant leur apparition, on améliorera le pronostic. Sinon, une fois cet état de rigidité installé, *le pronostic sera beaucoup plus conditionné par l'état du col lui-même que par les dimensions du bassin.*

4° Présentation. — Desclozeaux, en 1908, concluait sa thèse en disant : « Les accouchements dans les variétés postérieures sont un peu plus pénibles, mais comportent un pronostic presque aussi favorable que les accouchements dans les va-

riétés antérieures. La mortalité pour la mère est nulle, la mortalité totale des enfants ne dépasse pas de beaucoup celle des variétés antérieures. »

Bien que reconnaissant ces accouchements comme « un peu plus pénibles », Desclozeaux nous semble un peu trop optimiste. En effet, cet arrêt de la dilatation, dû à une mauvaise présentation, ne survient qu'après la rupture précoce des membranes. Non seulement il faut craindre les complications qui peuvent survenir du côté du col, mais aussi celles qui guettent habituellement le fœtus dans un utérus vide.

Une telle situation demande donc une intervention. Attendre dans de telles circonstances serait aller en effet au-devant des complications, et vouer le fœtus à une mort certaine.

En outre l'issue, toujours difficile à prévoir, de l'intervention obstétricale nécessitée, doit faire porter un pronostic assez sérieux.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La longue durée de la période de la dilatation n'implique pas par elle-même la nécessité d'une intervention médicale ou chirurgicale.

On voit, en effet, dans quelques cas, une dilatation se terminer d'elle-même après avoir progressé d'une façon anormalement lente, mais cependant appréciable, d'un examen à l'autre, ou bien même après être restée quelque temps stationnaire. De semblables exemples suffisent à prouver que l'accoucheur doit savoir être patient et ne pas vouloir « forcer la nature ». Bruits du cœur fœtal, pouls de la mère, voilà les deux éléments qui doivent procurer à l'accoucheur des trésors de patience, et leurs troubles commander impérieusement l'intervention.

P. Dufay, en 1811, disait dans sa thèse sur le forceps :

« Les instrumens, comme les médicamens, sont conservateurs de la vie dans des mains dirigées par le savoir : ils deviennent meurtriers ès mains de ceux qui sont sans principes. »

Dès le début de cet important chapitre du traitement, nous voulons insister sur ce fait capital : il ne peut y avoir de bons traitements sans un diagnostic posé avec précision, après un examen minutieux. On devra chercher toujours à appliquer le traitement pathogénique et non point se contenter d'un traitement symptomatique.

Surdistension. — En face de cet utérus anormalement dis-

tendu, quelle thérapeutique devons-nous employer pour lui redonner sa force et le voir se contracter normalement ? C'est à la rupture des membranes que nous devons recourir.

Certaines précautions sont à prendre au cours de cette intervention.

Nous avons en effet affaire à un fœtus qui est mobile dans l'utérus distendu par un liquide en excès, et dont la tête n'est pas engagée. Aussi ne faut-il pas laisser le liquide amniotique s'écouler brusquement à l'extérieur, après la rupture artificielle des membranes, car le fœtus pourrait lui aussi être entraîné et risquerait ainsi de s'engager dans une position défectueuse. D'autres fois on pourrait voir se produire la procidence d'un membre, ou celle du cordon.

Afin d'éviter ces dangers, l'accoucheur devra empêcher l'écoulement brusque du liquide amniotique et un aide devra faire engager fortement la tête fœtale au moment de la rupture. Aussitôt après l'opération, il faut ausculter les bruits du cœur fœtal.

La rupture de la poche des eaux est une petite intervention, très simple et indolore, qui doit néanmoins être faite aseptiquement.

Hypertonie. — Ce sont vraiment des cas qui montrent l'importance d'une thérapeutique étiologique. Le succès qu'elle donne est tout à fait concluant.

En face de cette dilatation devenue stationnaire, mais avec des douleurs qui persistent fortes et rapprochées, quand la patiente manifeste des signes de fatigue, d'épuisement nerveux, faisant suite à son hyperexcitation, nous devons, sans attendre plus longtemps, faire une injection de morphine de un demi ou même un centimètre cube.

La morphine, en calmant l'élément douleur, rend le calme à la patiente. Celle-ci même peut s'endormir; puis, après quelques instants de repos, le toucher permet de constater que la dilatation a repris sa marche progressive; le plus souvent cette dilatation se complète même très rapidement.

Donnée à cette période du travail, la morphine aurait une

action non seulement sur l'élément douleur, mais en outre sur la contraction utérine en la renforçant et en la régularisant.

La morphine augmenterait le réflexe provoqué par la tête fœtale qui comprime les ganglions du plexus fondamental.

A côté de ce médicament on peut placer le somnifène et tous les analgésiques.

Déviatiou utérine. — Ce sont des cas où le traitement est fort simple, mais qui est cependant indispensable à la bonne marche de l'accouchement. Il suffit de redresser l'utérus dans son axe, et de l'y maintenir par des tampons et un bandage. Après cette intervention, on voit la marche de la dilatation progresser normalement et l'accouchement se faire dans de bonnes conditions.

Décollement insuffisant des membranes. Poche plate. — Quand le décollement des membranes est insuffisant, on peut essayer de le compléter avec le doigt. Si l'on n'y parvient pas, on aura recours à la rupture de la poche des eaux, rupture qui est aussi le traitement dans les cas de poches plates.

Nous avons vu quelles précautions il faut prendre avant l'intervention, nous n'y reviendrons pas.

Quand l'anomalie de la dilatation est uniquement due à l'une ou l'autre de ces causes, nous verrons toujours après l'écoulement du liquide, la dilatation s'achever normalement.

Poche rompue. — Nous connaissons les graves complications qui peuvent survenir après la rupture précoce de la poche des eaux, aussi devons-nous nous efforcer de venir en aide à cette dilatation qui ne progresse plus.

a) **TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.** — Un traitement prophylactique, commencé assez tôt et bien dirigé, doit faire disparaître les cas de rigidité secondaire du col.

Après avoir examiné soigneusement le bassin et s'être rendu compte que, de ce côté-là, aucun obstacle osseux ne viendra s'opposer à la descente du fœtus, on devra instituer un traitement prophylactique. On ne devra pas attendre plus de deux heures après la rupture de la poche pour intervenir.

L'intervention consistera à placer un ballon de Champetier

de Ribes qui terminera la dilatation assez rapidement pour permettre l'expulsion ou l'extraction d'un enfant vivant.

Mais, dans les cas où le fœtus présenterait de bonne heure des signes de souffrance, ou dans les cas d'insuccès du ballon, on peut avoir recours à la dilatation unimanuelle ou à la dilatation bimanuelle de Bonnaire. Voici, d'ailleurs, ce que Fieux écrivait en 1899 (*Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de Ped. de Bordeaux*) : « Mais depuis, en plusieurs circonstances, nous avons été à même de nous rendre compte que les ballons incompressibles, soit laissés en place, soit maniés comme on le sait, pour activer la dilatation, n'ont pas amené de résultats rapides, résultats que la main substituée au ballon atteignait dans un temps très court. » Ce genre de dilatation n'est possible que si le col a conservé sa souplesse primitive et n'est pas devenu le siège d'un œdème quelconque.

C'est en 1890 que Bonnaire, le premier, eut l'idée d'employer les deux mains à la dilatation du col utérin; il créait ainsi l'accouchement méthodiquement rapide. Ce genre de dilatation est nettement supérieur aux procédés de dilatation instrumentaux soit de Tarnier, soit surtout de Bossi.

Dans la dilatation selon le procédé de Bonnaire, le succès est uniquement subordonné à l'opérateur. « Tant vaut la main, tant vaut la méthode. » (Lettre de Bonnaire, 1912). Mais il faut prendre certaines précautions, Bonnaire dit lui-même :

« Pour quiconque entreprend la dilatation bimanuelle, trois qualités sont indispensables : confiance, patience, persévérance.... », et, plus loin : « Il convient d'agir doucement, mais avec une ténacité continue, l'impatience appelle la déchirure. Il faut enfin de la persévérance. » (*Presse méd.*, 21 août 1909).

Il est certain que ce genre de dilatation est un procédé actif. Mais il ne permet pas de terminer complètement la dilatation; or, chez une primipare, où l'on ne peut faire un forceps avant la dilatation complète, il n'est donc pas possible de porter secours à un enfant qui présenterait des signes graves de souffrance. Mais le Bonnaire est tout à fait indiqué quand, au

cours d'une longue dilatation, l'enfant commence à souffrir. Dans ces cas-là, en général, on a encore quelques heures devant soi avant que l'enfant ne soit véritablement en danger. Aussi, après avoir fait progresser la dilatation, on laisse celle-ci s'achever d'elle-même.

Ajoutons cependant que cette excellente manœuvre n'est pas toujours facile, surtout si le col est élevé. On se rend compte en effet que, pour épouser la concavité de l'excavation, les deux mains mises en pronation forcée se trouvent dans une situation tout à fait défavorable au jeu normal des extenseurs et des fléchisseurs des doigts.

Anomalie avec un bassin rétréci. — Mais, si cette dilatation stationnaire se rencontre avec un bassin rétréci, même légèrement, nous savons que le pronostic en est beaucoup plus grave.

En effet, si, après rupture de la poche des eaux, la présentation reste élevée, si on trouve une tête débordant le pubis et n'ayant aucune tendance à se fixer, ce sont des cas où il faut savoir ne point attendre. Nous savons que le fœtus va souffrir dans cet utérus vide de son liquide, et que l'infection est menaçante pour la mère.

Faut-il achever la dilatation avec des instruments ou avec les mains ? Non, parce que nous avons affaire à un bassin limite. En effet, après avoir passé un temps plus ou moins long à rendre la dilatation complète, nous aurons devant nous un nouvel obstacle, et, cette fois, celui-ci beaucoup plus difficile à surmonter, c'est le diamètre très juste du bassin. Ce bassin rétréci peut empêcher l'extraction au forceps ou, s'il la permet, ce ne sera que très difficilement et au prix de quels dommages pour le fœtus !

En présence d'une telle situation, et sachant les dangers qui menacent la mère et l'enfant, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir par voie haute. La césarienne abdominale précoce est seule susceptible de sauver l'enfant. L'opération césarienne, qui était considérée encore, il y a un certain nombre d'années, comme une opération dangereuse, incapable de donner

de bons résultats, a pris, d'année en année, une place plus grande dans l'obstétrique. Malgré les progrès de la chirurgie, l'opération césarienne fait toujours courir quelques risques à la femme et, dans ces cas de bassins limites, elle ne peut être proposée à la légère, mais, bien au contraire, en tenant compte de la marche du travail et en étudiant minutieusement les facteurs qui semblent la commander.

Autrefois, les opérateurs ne voulaient pratiquer cette opération que tout à fait au début du travail; cette prudence exagérée a été combattue par M. Le Lorier qui, dans une communication, concluait ainsi :

« L'opération césarienne conservatrice peut être pratiquée avec succès après la rupture des membranes, alors même que des manœuvres manuelles ont été exécutées dans la cavité utérine ou que le liquide amniotique est notoirement septique. »

Sans adopter pleinement cet optimisme, il est incontestable, dans ces cas de bassins limites, où nous estimons avec M. le professeur J.-B. Kouwer, qu'il faut attendre le début du travail et surveiller la marche de l'accouchement, car, au début, il n'est pas possible de savoir si l'expulsion se fera spontanément, il est incontestable, disons-nous avec lui, que « les opérations tardives, comme M. Lepage les a heureusement baptisées, sont des opérations qui procurent à l'opérateur la plus grande satisfaction, la tranquillité de ne pas avoir opéré sans nécessité (J.-B. Kouwer, *L'obstétrique*, 1914, p. 1).

Néanmoins, il convient de rester dans une juste limite et de ne pas temporiser trop, avec l'espoir de voir la dilatation se compléter d'elle-même, suivie de l'expulsion du fœtus, ou bien même en pensant qu'il sera toujours possible d'intervenir par voie basse. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce col incomplètement ouvert va perdre sa souplesse, va s'infiltrer plus ou moins et prendre un état de rigidité. Ainsi modifié, dans la plupart des cas, on sera dans l'impossibilité absolue de le dilater complètement. Si on parvient cependant à le dilater suffisamment pour permettre le passage du for-

ceps, on tentera l'extraction au premier signe de souffrance du fœtus. Et c'est alors que, saisie dans les branches d'un forceps, la tête réussira, avec assez de difficultés, à franchir le bassin, mais il n'en sera plus de même en arrivant au col. Celui-ci constituera le véritable obstacle en se rétractant sur la tête, et passer ainsi des minutes à lutter pour vaincre la résistance du col, c'est signer l'arrêt de mort du fœtus.

Sur 22 observations de ce cas que nous avons relevées, nous avons trouvé 7 cas où l'extraction au forceps a donné un enfant mort.

Anomalies liées à la présentation. — Avertis des complications qui viennent aggraver le pronostic d'une anomalie de la dilatation liée uniquement à une mauvaise présentation, nous devons chercher à les éviter par un traitement prophylactique qui ne sera appliqué que dans les cas de bassin normal. Après avoir corrigé la présentation, le traitement consistera à placer un ballon afin de venir en aide à la dilatation. On verra en effet la dilatation se compléter assez vite sous l'influence du ballon.

b) TRAITEMENT CURATIF. — Jusqu'à maintenant nous n'avons envisagé que les cas où l'accoucheur était dans la possibilité d'intervenir avant l'installation de toute complication.

Mais quand les signes de souffrance fœtale ou l'état de la mère nécessitent une intervention rapide avec un col qui s'est infiltré, et qui est plus ou moins œdédié, quel genre d'intervention est indiqué pour terminer cet accouchement le plus rapidement possible?

Ni la dilatation instrumentale, ni la dilatation manuelle ne viendront rapidement à bout de ce col qui ne se laisse distendre que très difficilement.

• Nous avons à notre disposition deux genres d'interventions : les *incisions du col*, ou la *césarienne vaginale*.

Incisions. — Quel genre d'incisions faire? Dubois, Depaul ont préconisé les petites incisions multiples du col. Elles ont été reprises par Dumouly et Recasens. Ces petites incisions toutes superficielles, longues d'un demi à un centimètre, inté-

ressant le museau de tanche seul, transforment le col en un véritable « manche à gigot » ainsi que Varnier l'a si heureusement dit. Elles ne produisent qu'un petit orifice insuffisant au passage de la tête fœtale; non seulement elles n'enlèvent pas l'obstacle, mais en outre elles peuvent être le point de départ de déchirures graves.

A côté, nous avons les incisions profondes préconisées par Dührssen, qui donna leur technique en 1890. Dührssen pratiquait quatre incisions, une antérieure, une postérieure et deux latérales. On peut leur faire un grave reproche : la nutrition des divers lambeaux ainsi créés devient défectueuse et ils peuvent se sphacéler. Nous déconseillons également ce procédé.

Quel genre d'incisions reste encore à notre disposition?

Il nous reste encore à employer celles dont la technique semble assez simple et plus facile; nous voulons parler des incisions latérales que Potocki préconisait en 1889.

Ces incisions ont été et continuent à être une méthode d'exception en France. Peut-être sommes-nous influencés par les résultats peu encourageants que nous relatent les statistiques étrangères.

Récemment Cathala a repris cette question et dit dans un mémoire original : « lorsque les indications opératoires ont été précisées, que les conditions nécessaires à leur bonne exécution existent et qu'elles sont pratiquées correctement, les incisions du col ne font courir aucun risque aux parturientes et ne déterminent aucune grave mutilation du col. »

Se basant sur les bons résultats obtenus par ce genre d'intervention, Cathala dit : « En agissant avec prudence, après examen des conditions indispensables à leur application, je n'ai jamais observé d'accidents à la suite des incisions du col. » Et précisément au sujet de ces conditions nécessaires, pensons-nous, avec Cathala, qu'il y a lieu de conclure que : « pour opérer sans danger, on ne doit pas se baser sur le degré de dilatation du col, mais sur la profondeur des culs-de-sac cervico-vaginaux. On peut estimer à douze centimètres

environ la distance qui doit séparer les deux culs-de-sac opposés du vagin, en passant par le point le plus saillant de la tête fœtale, pour pouvoir extraire, sans risque d'extension des incisions, une tête fœtale à terme mesurant neuf centimètres cinq millimètres de bipariétal. »

Nous voyons donc que les incisions du col ne sont efficaces et sans dangers que dans certaines conditions qu'il est nécessaire de bien connaître afin d'éviter les graves complications qui peuvent être la conséquence d'une intervention inopportune. Nous pensons, avec Cathala, que c'est à la méconnaissance de ces conditions qu'il faut attribuer les insuccès et même les complications qui ont été le résultat de cette méthode; avec lui, nous concluons que : « les incisions intravaginales du col au cours de l'accouchement peuvent rendre de grands services. Elles sont à tort trop rarement utilisées par les accoucheurs. Elles permettent souvent d'extraire vivant, sans risque pour la mère, un enfant dont l'existence se trouvait compromise par la longueur du travail et un début d'infection amniotique. »

Césarienne vaginale. — Mais en présence de cas pathologiques semblables, où il y a aussi une nécessité absolue à intervenir, mais où l'examen a montré que la tête fœtale ne peut pas passer sans distendre les culs-de-sac vaginaux, il nous semble que seule la césarienne vaginale soit l'intervention à laquelle on puisse avoir recours utilement.

Fréquemment pratiquée à l'étranger, la césarienne vaginale a été en France, à ses débuts, complètement bannie de l'obstétrique. Elle semble cependant séduisante pour résoudre le grave problème de l'évacuation rapide de l'utérus.

En 1910, au Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Toulouse, Jeannin et Garipuy ont, les premiers, exposé d'une façon claire la question de l'opération césarienne vaginale : « Pourquoi la césarienne vaginale était-elle frappée d'un tel ostracisme? En trouve-t-on la justification dans d'exceptionnelles difficultés opératoires? dans des risques capables de compromettre la santé ou même la vie de

la femme? dans l'impossibilité d'en fixer les indications? Pour notre part, nous ne le croyons pas et nous sommes persuadé que cette méthode employée à bon escient, et par là même à titre rare, est de nature à rendre de grands services. »

Sans contester les bons résultats que cette méthode est capable de fournir nous voulons cependant insister sur ce fait que la césarienne vaginale n'est pas une petite intervention simple, mais une véritable opération qui doit être « exécutée par un spécialiste, chirurgien éprouvé et éduqué à la technique des interventions gynécologiques » (Thèse de Bona, 1919-20, Montpellier). Et précisément cette condition sur laquelle insiste Bona empêchera la césarienne vaginale de passer dans la pratique de tous les jours et continuera à en faire une opération d'exception.

Aussi, avant de terminer ce chapitre, pensons-nous pouvoir rappeler la technique spéciale de M. Marc Rivière, technique qui permet dans certains cas de réaliser les conditions de Cathala et alors de pouvoir substituer les incisions du col à la césarienne vaginale.

Cette méthode, qui demande une dilatation petite palmaire, consiste à faire une application de forceps sur la tête qui n'est pas encore descendue. On peut ainsi engager la tête, et, quand la plus grande circonférence a dépassé les limites d'insertion vaginale du col, on pratique les incisions du col.

CONCLUSIONS

1° Les anomalies de la dilatation au cours du travail (abstraction faite des cas dans lesquels le col est modifié histologiquement, avant l'accouchement) peuvent et doivent être classées selon leur pathogénie. Cette classification éclaire singulièrement un syndrome fort obscur et complexe en apparence.

2° Les formes cliniques les plus fréquemment rencontrées sont liées aux anomalies de la contraction utérine, et à la rupture précoce des membranes. Mais il existe de nombreuses formes associées dans lesquelles les causes s'entremêlent et viennent compliquer le diagnostic et assombrir le pronostic.

3° Ce pronostic, bénin, quand il ne s'agit que d'anomalies liées à l'hypertonie avec poche des eaux intacte, devient très réservé après rupture des membranes; ce facteur associé favorisant la rétraction utérine avec toutes ses conséquences.

Dans les bassins limites, le pronostic fœtal est conditionné bien plus par l'état du col que par les mensurations du pelvis; aussi paraît-il sage de ne pas temporiser pour intervenir par voie haute, chaque fois que l'œuf se rompt prématurément.

4° La thérapeutique des anomalies de dilatation s'efforcera toujours d'être pathogénique, chaque fois que la dilatation sera ralentie en raison d'un trouble fonctionnel.

Elle s'efforcera d'être prophylactique dans les cas de rupture précoce des membranes, afin d'éviter les rigidités anatomiques secondaires. Une fois cette rigidité constituée, le traitement curatif sera conditionné par l'état du fœtus. S'il

n'y a pas de signes de souffrance, le ballon suffira à achever la dilatation. S'il faut agir vite, on recourra aux incisions chirurgicales du col, chaque fois que seront réalisées les conditions d'engagement requises par Cathala. Si ces conditions n'existent pas, la césarienne vaginale, entre des mains exercées, constituera la dernière solution du problème.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président
M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 3 juillet 1925
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER (Albert). — La dilatation métallique de Bossi dans l'accouchement artificiel rapide. Montpellier, Thèse de médecine, 1909-1910.
- ALEZAIS. — De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf. Thèse de Montpellier, 1882.
- ARTIERS (Cyprien). — Déchirure du col de la matrice. Montpellier, Thèse de médecine, 1890-1891.
- AUDEBERT. — *Archives méd. de Toulouse*, 1903.
- AUDION. — La dilatation mécanique immédiate du col de l'utérus par la méthode de Bossi et ses indications médicales. *Bull. méd.*, Paris, 1903, XVII, 304-306
- BAILLY. — Accouchements survenus après la rupture des membranes. *Archives de tocologie*, 1877.
- BATAILLARD. — Sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures du sommet. Thèse de Paris, 1889.
- BAYLIN. — De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les occipito postérieures. Thèse de Paris, 1885-1886.
- BLANC. — Tête profondément engagée. Orifice rigide. Incision et extraction. *Arch. de tocologie*, 1891.
- BOISSEL. — Lésions et évolution de l'œdème du col se produisant au cours de l'accouchement. Thèse de Paris, 1922.
- BOLTIAN. — Contribution à l'étude de l'accouchement provoqué méthodiquement rapide. Thèse de Paris, 1894-1895.
- BONA (Louis). — De la césarienne vaginale. Ses indications actuelles. Montpellier, 1919-1920.
- BONNAIN. — Rigidité du col. Soc. d'obst. de Paris, 1911.

- BOUDREAU (Henri). — L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. Thèse de Toulouse, 1901-1902.
- BOUDREAU. — L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. Thèse de Toulouse, 1901-1902.
- BOUFFE-SAINT-BLAISE. — Arrachement du col. *Soc. anat.*, 1890; *Ann. gyn.*, 1890.
- BOTKOWSKAIA (M^{lle} Beila). — Des occipito-postérieures. Thèse de Paris, 1896-1897.
- BOYER. — Dilatation, puis incision. Thèse de Paris, 1890.
- CATHALA. — Les incisions de la portion intravaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme. *Gyn. et obst.*, 1920.
- CHANTREUIL et TARNIER. — Traité de l'art des accouchements, 1888.
- CHAMBARET. — Incision. *Ann. toc.*, 1876.
- CHAMOUSSET. — Rigidité du col chez une primipare de 32 ans. Incisions multiples. Forceps. *Bull. de la Soc. méd. de Chambéry*, 1875.
- CHARUEL. — De la dilatation normale et anormale du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1894-1895.
- CHNEERSON. — L'hypophyse en obstétrique. Thèse de Paris, 1917-1918.
- COHEN. — Dystocie par rigidité du col utérin. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1892.
- COHEN SCALI. — De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col. Thèse de Paris, 1919-1920.
- COINAUD. — Œdème et rigidité du col pendant le travail. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 1919.
- COLINES. — Cervical incisions in labor. *Ann. gyn.*, 1903.
- COOPMANN. — De la rigidité de l'orifice utérin comme obstacle à l'accouchement. *Wiener klin. Woch.*, 1890.
- CORIVEAUD. — Étiologie et pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les primipares. Thèse de Bordeaux, 1899.
- Dystocie par rigidité du col; débridements multiples. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1880.
- COUINAUD. — Étude de quelques indications de l'opération césarienne

en dehors du rétrécissement du bassin et des tumeurs.
Thèse de Paris, 1918-1919.

COUVELAIRE. — Rigidité du col. Soc. d'obst., gyn., péd., Paris, 1908 et 1911.

— Fissure transversale hémicirculaire. Arrachement par le forceps. *Ann. de gyn.*, juin 1908.

— Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. *Ann. de gyn.*, juin 1908.

DEGOS. — Contribution à l'étude de la dystocie par la rétraction de l'anneau de Bandl. Thèse de Bordeaux, 1898-1899.

DELASSUS. — Col cicatriciel. Présentation de l'épaule. Dilatation avec l'appareil de Bossi; version. Rupture utérine. Hystérectomie. *Bull. Soc. obst. de Lille*, 1923.

DELGRANGE. — De l'opération de Dührssen comme procédé dans les accouchements méthodiquement accélérés. Thèse de Montpellier, 1913-1914.

DEMELIN. — Infection amniotique après la rupture prématurée des membranes. *Journal des praticiens*, septembre 1895.

— Des moyens d'améliorer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1893.

DESCLOZEUX. — Considérations sur la rupture précoce de la poche des eaux. Thèse de Paris, 1906-1907.

DESNOYÉS et FICH. — Les tensions du col de l'utérus qui précèdent la rigidité secondaire. *Bull. Soc. obst. de Paris*, 1923.

DIMITROFF (Angel). — L'accouchement dans les variétés postérieures du sommet. Thèse de Toulouse, 1907-1908.

DOLÉRIS. — Des fausses rigidités du col. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887.

DRESCH. — Dystocie par rupture prématurée des membranes et absence aussi absolue que permanente de dilatation du col entretenue par engagement insuffisant de la tête à travers un détroit supérieur désaxé et rétréci. *Rev. gén. de clinique et thérap.*, Paris, 1918.

DÜHRSSSEN. — De la valeur des incisions du col et du périnée. *Arch. f. gyn.*, 1891.

- DUMOULY. — Dilatation puis incision. *Gaz. de gyn.*, 1886.
- DUPUIS. — Documents pour servir à l'étude de la dystocie de l'an-neau de Bandl. Thèse de Lille, 1898-1899.
- EISENHART. — Causes et conséquences de la rupture des membranes. *Arch. für Gyn.*, 1890.
- ÉTIENNE. — Du gonflement de la lèvre antérieure du col utérin comme cause de ralentissement du travail. *Arch. de toc.*, mars 1892.
- FIGUEROA. — Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accou-chement. Thèse de Paris, 1872.
- FOUMARTIN. — De la conduite à tenir dans l'accouchement dans les variétés postérieures du sommet, 1875.
- FRARIER. — Les procédés de la dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels. Thèse de Lyon, 1898-1899.
- GARIPUY. — Étude de la rupture prématurée spontanée ou tardive de la poche des eaux. Thèse de Paris, 1873.
- GAZARD. — Utilité de la rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète dans l'accouchement. Thèse de Paris, 1891-1892.
- GODEFROY. — Incision. *Revue de th. méd. chir.*, 1883.
- GODLEWSKI. — Dystocies du col en dehors des tumeurs. Thèse de Montpellier, 1903-1904.
- GRUMAULT. — Opération césarienne trente-cinq heures après la rup-ture de la poche des eaux. Bassin juxta-minor. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1921.
- GUEISSAC. — Anomalies de la période de la dilatation. *Gyn. et obst.*, mai 1923.
- HAZARD. — Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement en dehors de celle occasionnée par les tumeurs. Thèse de médecine de Paris, 1901-1902.
- LELIÈVRE et VIGNE. — Œdème du col et infection. *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1921, t. VI, p. 391.
- LEPAGE. — Intervention par voie haute. *Bull. méd.*, 14 novembre 1903.
- OUI. — Rigidité du col. *Semaine gyn.*, octobre 1913, p. 32.

- POTOCKI et SAUVAGE. — Rigidité du col. *Ann. gyn.*, 1912.
- Arrachement d'un lambeau semi-circulaire. *Ann. gyn.*, 1912, 2^e sem., p. 154.
- POTOCKI. — Grossesse prolongée. *Compte rendu de la Soc. d'obst., gyn. et péd.*, Paris, 15 juin 1908.
- REMY (Charles). — Contribution à l'étude des états du col qui troublent ou entravent la marche de l'accouchement (fibrome et cancer exceptés). Thèse de Nancy, 1918-1919.
- RICOU. — Contribution à l'étude de la dilatation bimanuelle de Bonnaire (De l'accouchement méthodiquement rapide). Thèse de Bordeaux, 1912-1913.
- RIVIÈRE (Marc). — A propos de deux cas d'incision de la portion intravaginale du col au cours de l'accouchement. *Bull. Soc. d'obs. et de gyn. de Paris*, 1925, n° 2.
- SAUVAGE. — Rigidité du col. *Soc. d'obst., gyn. et péd.*, Paris, 1911, p. 350.
- TISSERANT. — De la non-dilatabilité du col comme cause de dystocie. Thèse de Nancy, 1882.
- TISSIER. — Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement. Thèse de Paris, 1860.
- TOLEDO. — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. Thèse de Paris, 1890-1891.
- TOFFIN (Henri). — Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement à terme après rupture prématurée ou précoce des membranes. Thèse de médecine, Paris, 1911-1912.
- VIGNE. — Sur les lésions histologiques de l'œdème du col pendant le travail. *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1921, t. VII, p. 185.
- WALLICH. — Détachement d'un anneau cervical rigide sous la pression de la tête. Basiotripsie sur un enfant mort. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, juin 1890.
- Incision. Accouchement spontané. *Bull. Soc. obst., gyn.*, Paris, juin 1890.
- ZARATE. — La dystocie utérine. *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, n° 1.

